

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 357

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Augustine POUMEAU-DELILLE

Née le 21 avril 1901, à Chamblet (Allier)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES COMPLICATIONS CUTANÉES

DES

STOMATITES FUSO-SPIRILLAIRES

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Augustine POUMEAU-DELILLE

Née le 21 avril 1901, à Chamblet (Allier)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LES COMPLICATIONS CUTANÉES

DES

STOMATITES FUSO-SPIRILLAIRES

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER.

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNK.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale,
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental⁶
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-JAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

DE MON FRÈRE

DE MA SOEUR

dont rien n'effacera le souvenir.

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MON ONCLE

En faible témoignage de reconnaissance pour tout ce que je leur dois.

A TOUS LES MIENS

A MA CHÈRE NIÈCE MARIE-JEANNE

A MON MARI TENDREMENT AIMÉ

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de clinique médicale à l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
de bien vouloir accepter la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER

Médecin de l'Hôpital de la Charité

*Le bienveillant maître qui nous a
inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il
veuille bien trouver ici l'expression
de toute notre reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR HARVIER

Médecin de l'Hôpital Beaujon
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

*En témoignage de notre sincère grâ-
titude et de notre respectueux attache-
ment.*

A M. LE DOCTEUR AVIRAGNET

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Avec l'expression de notre dévouement.

A M. LE DOCTEUR JACQUET

Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Qui a guidé nos premiers pas en
médecine. Témoignage de remercie-
ment.*

A M. LE DOCTEUR BURNIER

Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris

*Pour le bienveillant intérêt qu'il
nous a porté.*

Stage :

- 1921. M. Professeur WIDAL (*in memoriam*). Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris.
- 1922. M. le Professeur DELBET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.
- 1922. M. le Docteur LAUNAY, chirurgien des hôpitaux.
- 1923. M. le Docteur BABONNEIX, médecin des hôpitaux.
- 1923. M. le Docteur ARROU, chirurgien des hôpitaux.
- 1924. M. le Docteur HALLÉ, médecin des hôpitaux.
- 1924. M. le Professeur GUILLAIN.
- 1924. M. le Professeur MARFAN.

Externat :

- 1925. M. le Docteur COYON, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (*in memoriam*).
- 1926. M. le Docteur APERT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
- 1927. M. le Docteur TIXIER, médecin de l'hôpital de la Charité.
- 1928. M. le Professeur JEANSELME, professeur de clinique dermatologique et syphilitique à la Faculté de médecine de Paris.
- M. le Professeur GOUGEROT, professeur de clinique dermatologique et syphilitique à la Faculté de médecine de Paris.

LES COMPLICATIONS CUTANÉES
DES
STOMATITES FUSO-SPIRILLAIRES

I

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de complications cutanées de stomatites fuso spirillaires : Bien que plusieurs auteurs les aient signalées depuis la fin du siècle dernier, ces manifestations sont assez rarement observées en clinique. Leur connaissance n'est pas dénuée d'intérêt du point de vue diagnostique d'abord : il importe en effet dans certains cas de ne pas poser à tort un diagnostic de scarlatine, de varicelle ou de rougeole.

Du point de vue thérapeutique ensuite cette notion implique la mise en œuvre du traitement spécifique des infections à fuso-spirilles.

II

HISTORIQUE

Les complications cutanées des stomatites fuso-spirillaires sont connues déjà depuis un certain temps : de Molènes-Mahon rapporte le premier en 1884 dans sa thèse sur l'érythème polymorphe de nombreuses observations de manifestations cutanées auxquelles sont associées des ulcérations buccales ou gingivales à fuso-spirilles.

Nicolle le premier en 1899 met en évidence les relations de cause à effet qui unissent les symptômes cutanés et les stomatites.

Successivement Pagliano et François en 1899, Landrian en 1900, Niclot et Marotte en 1901 en rapportent des observations.

Simonin en 1901, étudie dans une longue revue générale ces différentes complications.

Ultérieurement Eisen, en 1908, Rendu et Roberts, en 1917, Tixier et Tobé, en 1918, Sebencq en 1919, Ramond enfin en 1927, insistent sur l'existence de ces complications.

III

ETIOLOGIE

Les manifestations cutanées des stomatites fuso-spirillaires revêtent une allure assez particulière.

Elle surviennent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme ; nous ne connaissons qu'une observation de ces complications chez la femme.

Elles apparaissent avant tout chez l'homme jeune entre 18 et 30 ans. La notion de terrain semble particulièrement importante : les individus déprimés, débilités y semblent particulièrement sujets. C'est ce qui explique qu'on en ait observé un certain nombre de cas pendant la grande guerre, alors qu'elles sont maintenant beaucoup plus rares.

IV

ETUDE CLINIQUE

Nous allons étudier successivement :

1^o Les différentes manifestations cutanées que l'on peut observer au cours des stomatites fuso-spirillaires.

2^o Nous résumerons rapidement les modifications bucco-pharyngées communes à ces différents syndromes ainsi que les complications et l'évolution générale.

I. — MANIFESTATIONS CUTANÉES DES STOMATITES FUSO-SPIRILLAIRES.

a) *Début.* — On peut décrire à ces manifestations un *début commun*.

C'est un tableau infectieux caractérisé par l'altération de l'état général ; le malade se sent fatigué, asthénique ; en même temps apparaissent des douleurs, soit douleurs vagues dans les membres, au niveau du thorax, soit arthralgies plus ou moins intenses sans modification apparente des articulations.

La température s'élève progressivement autour de 39°, parfois jusqu'à 40°.

L'angine à fuso spirilles apparaît à une date va-

riable : elle peut évoluer depuis quelques jours déjà, à bas bruits ne se traduisant que par un peu de gêne à la déglutition ; elle peut apparaître en même temps que les signes généraux infectieux.

Dans tous les cas le fait important à signaler, qui découle de l'analyse de nos différentes observations, est que l'apparition des signes généraux coïncide avec une extension nette du processus fuso-spirillaire ; le plus souvent les ulcérations recouvrent une partie de la gorge revêtant un aspect diphtéroïde ; en même temps que l'on découvre des ulcérations au niveau du bord libre des gencives, au niveau de la langue et des lèvres.

L'extension du processus fuso-spirillaire au niveau de la bouche et du pharynx s'accompagne de l'apparition ou de la recrudescence des signes infectieux.

Cet état infectieux a une durée variable ; dans la plupart des observations que nous possédons il persiste de 3 à 6 jours ; mais ces observations sont déjà relativement anciennes, le traitement par les arsenicaux n'avait pas été institué.

Il serait intéressant de voir à tous points de vue si l'institution précoce d'un traitement arsenical ne serait pas capable de juguler précocement cet état infectieux.

Cet état infectieux de durée variable, 3 à 6 jours en moyenne, va se compliquer d'une *éruption*.

b) *Période d'état.* — ERUPTION.

Les éruptions que l'on peut observer à ce stade sont essentiellement polymorphes ; malgré leur aspect des

plus variables, leur connaissance présente un certain intérêt : du point de vue diagnostic tout d'abord, elle permet d'éviter un certain nombre d'erreurs en ramenant l'éruption à sa cause véritable ; du point de vue thérapeutique ensuite, la mise en œuvre le plus précocement possible du traitement arsenical peut en modifier rapidement l'évolution.

Etudions tout d'abord l'aspect des différentes éruptions que l'on peut observer :

L'éruption peut être :

1^o Uniquement *érythémateuse* :

On peut voir apparaître un *érythème morbilliforme* :

— un *érythème scarlatini forme*

elle peut être *érythémato-vésiculeuse* :

On peut voir apparaître un *érythème varicelliforme* :

2^o Plus souvent l'éruption revêt un *aspect polymorphe*.

a) *généralisée* :

Ce peut être un *érythème polymorphe simple*

— un *érythème bulleux*

— un *érythème noueux*.

L'éruption peut revêtir un aspect spécial du fait de :

b) Sa *localisation unique à la face*.

On peut distinguer *une forme maculeuse*

— *une forme maculo-papuleuse*

— *une forme vésiculeuse*.

3^o Il faut enfin réserver une place à part aux *éruptions purpuriques* simples ou associées à un érythème.

1) ERUPTION ÉRYTHÉMATEUSE :

a) *L'érythème morbilliforme* fut observé par Tixier pendant la guerre.

C'est à première vue un tableau de rougeole ; on constate disséminées sur la face et le cou des papules lenticulaires de couleur rosée, disparaissant à la pression ; groupées en corymbe, elles sont séparées par des espaces de peau saine et ne sont jamais confluentes. Ses caractères éruptifs ne permettent donc pas de la distinguer de la rougeole ; mais ainsi que Tixier l'a observé, l'éruption a des caractères évolutifs assez particuliers ; elle reste discrète au niveau des membres ; elle ne s'étend en général pas au tronc. De plus l'existence de rougeole dans les antécédents, l'absence du signe de Köplick, le manque de la notion de contagion dans les délais habituels sont encore des arguments importants ; associés au caractère atypique par l'extension de l'éruption, à la coexistence d'une angine de Vincent, ils permettent le diagnostic d'éruption morbilliforme compliquant une stomatite à fuso spirilles.

b) *L'érythème scarlatiniforme* a été observé par Simonin, Eisen, Tixier et nous-mêmes dans son service

L'éruption n'a pas de point de départ fixe ; elle apparaît à la partie inférieure du cou, du tronc, sur les parties latérales de l'abdomen, à la racine des membres, à la face dorsale des mains (Tixier).

L'éruption est constituée par de larges placards de couleur écarlate dont la teinte n'est pas uniforme : sur le fond rouge vif se détachent en effet un grand

nombre de petits points plus rouges et plus sombres, qui donnent à la peau un aspect granité.

Cette éruption respecte souvent le visage, n'est point localisée avec une électivité aussi particulière que dans la scarlatine au niveau du pli du coude et au niveau de la face d'extension du genou ; l'inverse s'observe plus fréquemment.

La langue ne desquame pas et ne revêt pas cet aspect framboisé caractéristique ; il n'y a pas au niveau de la gorge cet énanthème rouge vif si spécial.

Dans l'ensemble, dit Tixier, cet érythème ressemble beaucoup aux exanthèmes médicamenteux.

Une desquamation furfuracée peut malgré tout apparaître lorsque l'éruption a disparu.

Nous n'avons pu pratiquer dans notre cas la réaction d'extinction de Schultz Charlton ; cette épreuve pourrait être utilement effectuée dans les cas douteux où le diagnostic est hésitant.

c) *L'érythème varicelliforme* est assez rarement observé, nous n'en possédons que deux observations, une de Tixier et une personnelle.

L'éruption apparaît sur un point quelconque du corps elle est souvent plus marquée au tronc qu'à la face.

Les éléments éruptifs sont d'abord maculeux, constituant des taches rouges du diamètre d'une lentille ; ils ne durent que quelques heures. Bientôt ils deviennent légèrement papuleux, et très rapidement se développe la vésicule.

La vésicule présente ordinairement les dimensions d'un pois ou d'une lentille. Elle peut être régulière-

ment arrondie ou avoir un contour elliptique. Ses limites sont nettes ; elle est entourée d'un cercle rouge inflammatoire, et paraît enchassée dans la peau. Elle renferme un liquide absolument clair. Ces différents caractères éruptifs sont exactement ceux d'une varicelle et ne permettent en rien de la distinguer.

L'évolution est cependant particulière ; cette éruption ne persiste en effet que 2 à 3 jours ; elle disparaît rapidement et on n'observe pas toujours ces poussées si caractéristiques de la varicelle avec au même moment des éléments cutanés d'âge différent.

2^e ERYTHÈME POLYMORPHE GÉNÉRALISÉ. — Nous décrirons successivement :

a) Erythème polymorphe simple (obs. de Nicolle-Simonin).

b) Erythème bulleux (obs. de Tixier).

c) Erythème noueux (Nicolle, Simonin, Landrieux).

Comme nous l'avons vu l'éruption apparaît chez un malade porteur de signes généraux plus ou moins accentués.

Tantôt on voit apparaître un érythème uniquement maculeux ; constitué par des taches rouges s'effaçant à la pression, ses contours sont souvent circinés, marginés.

Souvent les taches érythémateuses s'accompagnent d'éléments ortiés.

L'érythème bulleux est réalisé, lorsque l'épiderme de la surface des plaques rouges se soulève pour former des vésicules ou des bulles.

L'élément éruptif est composé par une bulle reposant sur une tache érythémateuse, qui la déborde et l'entoure comme d'un cercle irisé. L'éruption siège surtout au dos des mains et des poignets, mais elle peut apparaître en un point quelconque du corps. Les éléments éruptifs restent toujours bien séparés les uns des autres. La vésicule se dessèche avant que l'érythème ait disparu. L'éruption est enfin prurigineuse.

La durée de cette éruption est variable ; le plus souvent elle ne dépasse pas quelques jours, mais elle est susceptible d'évoluer par poussées.

L'érythème nouveau est le plus souvent isolé des formes précédentes. L'élément éruptif est particulièrement saillant et tendu ; il forme dans le derme une véritable nodosité atteignant les dimensions d'une noisette ou d'une noix. A la vue il se présente comme une saillie rouge ou violacée ; par la pression on perçoit facilement la saillie qu'il détermine et on peut apprécier l'induration ; la palpation est enfin douloureuse. Les éléments éruptifs siègent surtout à la partie antérieure de la jambe au niveau de la crête tibiale, et à la face postérieure de l'avant-bras au niveau de la crête du cubitus. Cette éruption est presque toujours prurigineuse ; elle est en même temps douloureuse ; en plus des arthralgies si fréquentes le malade accuse spontanément des douleurs au niveau des nouures.

L'évolution est assez variable et en rapport avec l'intensité des signes généraux ; assez souvent l'éruption disparaît en 4 à 5 jours ; dans les formes sévères la durée de l'affection peut être prolongée en même temps

que l'éruption réapparaît par poussée ; dans ces cas le traitement par les arsenicaux n'avait pas été pratiqué ; lorsqu'il est institué assez précocément l'infection est dans l'ensemble bénigne et assez rapidement jugulée.

b) *Erythème polymorphe localisé à la face.* — Cette forme revêt un aspect assez particulier pour qu'elle mérite d'être individualisée ; Nicolle en avait rapporté un cas qu'il assimilait à un érythème noueux, mais c'est surtout Tixier qui en a rapporté plusieurs observations et qui a insisté sur cette forme particulière.

Ce peut être une *forme maculeuse* simple ; au milieu de signes généraux modérément intenses on voit apparaître un érythème maculeux surtout net au front, aux joues et derrière les oreilles. La stomatite érythémato-pultacée est intense ; les ganglions de la région sous-angulo-maxillaire sont tuméfiés ; le signe de Köplick fait défaut ; aucune éruption n'apparaît ultérieurement sur le reste du corps.

Sous l'influence d'un traitement local et général énergique ces différentes manifestations disparaissent complètement en 6 jours.

La forme maculo-papuleuse est fréquente (dix observations).

Les signes généraux et la stomatite sont les premiers en date. Parfois on note l'apparition de quelques petits signes méningés sans modification appréciable du liquide céphalo-rachidien.

L'érythème maculo-papuleux de la face succède à une rougeur diffuse du visage. Les papules extrêmement petites sont en général confluentes et elles s'ac-

compagnent d'une conjonctivite plus ou moins intense. L'éruption exclusivement localisée au front et aux joues chez quelques malades, s'étend au contraire chez d'autres au cou. L'éruption est souvent prurigineuse. Elle dure de 4 à 5 jours et elle est généralement suivie d'une desquamation furfuracée.

La forme vésiculeuse présente une évolution assez semblable à la précédente (deux observations). Sur un fond érythémateux apparaissent de très nombreuses petites vésicules confluentes par places.

La durée semble un peu plus longue : l'éruption évolue environ en une semaine, en une seule poussée; puis l'épiderme desquame pendant une autre semaine.

3^o ERUPTION PURPURIQUE. — Des observations d'éruptions purpuriques ont été rapportées par de Pagliano et François et par de Landriau. Dans ces cas, d'emblée les signes généraux sont graves, température élevée, arthralgie, diarrhée profuse, altération marquée de l'état général; puis des placards purpuriques apparaissent aux membres inférieurs, aux lombes, aux avant-bras; on peut observer en même temps des érythèmes fugaces, des nouures. Des hémorragies profuses peuvent apparaître et la mort survient alors, précédée ou non par l'apparition de complications pulmonaires. Dans un cas l'hémoculture avait été positive et avait décelé un staphylocoque blanc. Ces formes se traduisent donc par un tableau de septicémie avec purpura à point de départ bucco-pharyngé et à évolution mortelle. La constatation de purpura doit donc dans ces cas faire porter un pronostic sévère.

II. — LES MODIFICATIONS BUCCO-PHARYNGÉES

COMMUNES A CES DIFFÉRENTS SYNDROMES.

On note tous les intermédiaires depuis les ulcérations les plus caractéristiques, recouvertes ou non de fausses membranes et les lésions les plus atténuées de stomatite.

Tantôt l'angine de Vincent a précédé de quelques jours les ulcérations que nous avons décrites. Tantôt des lésions analogues à celles de l'angine de Vincent siègent en un point quelconque de la muqueuse buccale ou de la langue, généralement autour d'une dent cariée ou d'un chicot qui a été le point de départ de l'ulcération. Tantôt les lésions de l'angine de Vincent sont plus atténuées, en décroissance, tandis que la stomatite est beaucoup plus accentuée.

Chez d'autres malades, l'aspect des lésions ulcéreuses bucco-pharyngées est banal, en ce sens qu'il ne rappelle pas l'aspect de l'angine de Vincent. La stomatite peut être diffuse ou localisée; elle est ulcéro membraneuse ou érythémato pultacée; nous n'insisterons pas sur ces modalités dont le nom seul évoque suffisamment la nature des lésions.

Nous insisterons beaucoup plus sur une forme de stomatite fréquente, mais plus discrète, et qui passerait facilement inaperçue si la bouche n'était pas examinée avec soin.

Le bord libre de la gencive est un peu rouge; le moindre attouchement fait saigner la muqueuse hypéré-

miée ; au-dessous la teinte rose normale de la muqueuse a fait place à un enduit opalin qui, suivant son épaisseur, est blanc nacré ou blanc ivoire ; son adhérence à la muqueuse est extrême et on n'arrive pas toujours à le détacher.

Cet enduit opalin souvent limité aux gencives est parfois très étendu, couvrant sous forme de plaques ou de stries les amygdales, le voile du palais, la face interne des joues.

La dentition est le plus souvent en mauvais état : dents cariées, chicots irréguliers.

Enfin nous signalerons l'étendue et l'intensité des lésions secondaires de la muqueuse bucco-pharyngée dans les formes bulleuses des éruptions cutanées. Ce sont surtout les muqueuses jugales, labiales et linguales qui sont le siège de véritables bulles dont l'excoriation met à nu une ulcération vite recouverte par une fausse membrane.

Les signes fonctionnels en rapport avec les lésions sont on le comprend des plus variables. Fétidité de l'haleine, douleur, dysphagie, trismus, dans les formes graves d'angines ou de stomalites ; atténuation ou même absence de réactions dans les formes atténuées.

Les adénopathies.

Les réactions ganglionnaires sont fréquentes et l'on ne saurait s'en étonner, étant données les lésions souvent intenses des muqueuses dont les ganglions sont tributaires.

Nous n'insisterons pas sur les adénopathies légères qui n'ont que la valeur d'un symptôme.

Parfois la réaction ganglionnaire est telle qu'elle attire avant tout l'attention (Tixier).

La macro-polyadénite peut réaliser un véritable cou proconsulaire et en imposer pour les oreillons ; la péri-adénite diminue rapidement sous l'influence du traitement.

La suppuration des ganglions peut réaliser parfois un adénophlegmon subaigu.

Complications viscérales.

Les complications viscérales des stomatites sont l'apanage des formes graves particulièrement celles qui s'accompagnent d'érythèmes bulleux et plus encore de purpura. Elles traduisent les déterminations septicémiques des lésions en apparence banales des muqueuses bucco-pharyngées.

L'albuminurie, la péricardite sèche, les réactions fluxionnaires des séreuses pleurales, articulaires méningées, les complications pulmonaires, bronchopneumonie, l'insuffisance surrénale, les complications sensorielles, iritis, kératite ont été notées dans un certain nombre d'observations.

Nous n'insisterons pas plus sur ces différentes complications des états septicémiques.

Evolution.

L'évolution générale des stomatites fuso-spirillaires et de leurs différentes complications est subordonnée à

l'étendue des lésions et à l'intensité du traitement local et général dont nous préciserons les données.

Nous le ferons d'autant plus volontiers que les rechutes et les récidives sont particulièrement communes ; et, ainsi que l'a établi Tixier, il y a une corrélation évidente entre les lésions bucco-pharyngées et les manifestations cutanées.

V

DIAGNOSTIC

1^o DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic clinique après les considérations que nous avons développées au cours de l'étude des manifestations cutanées des stomatites fuso-spirillaires.

D'une manière générale, nous avons vu que ces complications cutanées revêtaient une allure extrêmement polymorphe sans caractère propre bien tranché. C'est avant tout la coexistence d'une stomatite au cours d'une éruption qui permet d'établir un lien de causalité entre les deux manifestations.

Dans tous les cas il est possible de faire un diagnostic bactériologique en s'assurant de la présence au niveau des lésions buccales d'une association fuso-spirillaire.

2^o DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE.

Seul cet examen de laboratoire permet de fournir le signe bactériologique nécessaire à la manifestation fuso-spirillaire : la présence de la symbiose fuso-spirillaire dans les produits de raclage de l'ulcération.

L'examen direct est la méthode de choix : on prélève par raclage un peu de putrilage dans les parties profondes de l'ulcération.

L'examen de ce produit de raclage peut se faire de deux façons :

a) Sans coloration à l'ultra-microscope ;

b) Au microscope après coloration ;

a) L'examen direct sans coloration se fait en diluant dans une goutte de sérum physiologique une parcelle du produit de raclage. On examine à l'ultra-microscope entre lame et lamelle. Par cette technique, on voit très bien les bacilles fusiformes et les spirilles dont on peut apprécier la mobilité, très nette et très grande pour les spirilles, beaucoup moins grande mais réelle pour les bacilles fusiformes ainsi que l'a montré Letulle.

b) L'examen sur lame après coloration peut se faire de différentes manières :

Après coloration par la méthode de Gram on constate que les bacilles fusiformes et les spirilles ne prennent pas le Gram.

Après coloration par le Tribondeau ou le Giemsa, on voit bien les bacilles fusiformes mais les spirilles sont habituellement beaucoup moins colorés.

Le meilleur procédé pour bien voir l'association fuso-spirillaire est l'imprégnation à l'argent suivant la méthode de Fontana-Tribondeau.

Cette technique est presque indispensable pour mettre en évidence le grand nombre de ces microbes : il faut en effet pour qu'on puisse conclure à l'existence d'une stomatite à fuso-spirilles, que suivant l'expres-

sion de Bezançon, le champ microscopique soit « farci » de bacilles fusiformes et de spirilles. On trouve parfois ces germes presque à l'état de pureté sur la lame ; le plus souvent on constate la présence d'un grand nombre de bacilles et de cocci.

Les bacilles fusiformes ont la forme d'un bâtonnet renflé à sa partie centrale, effilé à leurs deux extrémités comme un fuseau d'où leur nom ; certains sont plus courts, d'autres incurvés en virgules comme des vibrions.

Les spirilles ou spirochetæ Vincenti sont polymorphes : on peut distinguer les formes à cinq ou six tours de spires régulières, les formes ondulées à spires moins sevrées.

Les examens du liquide des bulles ne nous ont jamais permis d'y retrouver l'association fuso-spirillaire.

Les examens du sang après hémoculture ont permis d'isoler dans quelques cas des streptocoques.

Tixier a pu isoler après hémoculture dans un cas un bacille qui fut reconnu pour du bacille fusiforme par le professeur Vincent.

VI

PATHOGÉNIE

On ne discute plus maintenant la pathogénie de l'angine de Vincent, la symbiose fuso-spirillaire en est bien la cause déterminante.

Le fuso-spirille, saprophyte normal de la cavité bucco-pharyngée semble devenir virulent lorsqu'il y a une diminution de la résistance du terrain. Ces faits avaient été établis expérimentalement par Coyon, notre regretté Maître, par Vincent, et par d'autres auteurs, mais la pathogénie même des manifestations cutanées n'est pas encore établie avec certitude.

Pour certains auteurs les complications diverses et entre autres les complications cutanées des stomatites à fuso-spirilles seraient dues au streptocoque, microbe de sortie c'est ainsi que Simonin a pu retrouver du streptocoque au niveau de bulles cutanées, au niveau d'abcès ganglionnaires compliquant la stomatite.

Selon cet auteur, à dater du moment où la plaie épithéliale a été creusée par le bacille de Vincent et le spirille, on peut assister à l'évolution d'une streptococcémie, tantôt à évolution bénigne, tantôt à évolution maligne.

La fièvre, les réactions ganglionnaires traduisaient déjà l'intervention d'une symbiose active nouvelle. Mais si peu que la défense organique fléchisse, de nouvelles localisations apparaissent : elles semblent relever presque toujours de l'entrée en scène plus ou moins bruyante du streptocoque ; c'est généralement au cours du premier septennaire exceptionnellement au-delà de la deuxième semaine que l'on voit survenir les exanthèmes et les arthralgies.

Pour Tixier ces différents syndromes constituent autant de symptômes prédominants d'une maladie infectieuse à point de départ bucco-pharyngé ; en d'autres termes ces diverses manifestations cutanées ne seraient qu'autant de complications des stomatites fuso-spirillaires.

En résumé l'association fuso-spirillaire détermine des lésions très variées des muqueuses bucco-pharyngées ; les complications cutanées secondaires semblent sans qu'on puisse l'affirmer complètement être dues elles-mêmes tantôt à l'infection fuso-spirillaire, tantôt à l'intervention d'un microbe de sortie.

VII

PRONOSTIC

Il semble qu'il y ait un rapport direct entre l'importance et l'étendue des lésions ulcéreuses bucco-pharyngées et les complications cutanées.

L'amygdalite chancriforme proprement dite paraît en effet moins sujette aux complications à distance que la stomatite aux lésions multiples intéressant les gencives, la muqueuse buccale et la langue.

D'une façon générale, on peut dire que les éruptions polymorphes bénignes, maculeuses, papuleuses, noueuses, vésiculeuses ont un bon pronostic ; la guérison est la règle.

Il n'en est pas de même de certaines formes bulleuses et plus encore des formes purpuriques. L'atteinte plus ou moins profonde des parenchymes, des séreuses que l'on peut apprécier cliniquement permet de porter dans ces cas un pronostic très sévère. C'est alors qu'il faut se hâter de guérir au plus vite l'ulcération spécifique, porte d'entrée largement ouverte aux agressions pyogènes et c'est là, en définitive, la meilleure prophylaxie des complications dont nous avons essayé d'interpréter la genèse et de décrire avec les ressources de la clinique les plus communs symptômes.

VIII

TRAITEMENT

Le traitement local de la stomatite doit être énergique : les lavages de bouche au chlorate de potasse, aux antiseptiques faibles donnent des résultats moins rapides que les applications locales d'une solution de bleu de méthylène à 1 % ou mieux encore d'une émulsion glycinée à 1 % de novarsénobenzol. C'est là le traitement de choix qu'il convient d'appliquer dans ces cas.

Pour que ces applications soient efficaces, il est indispensable, que les muqueuses soient bien débarrassées des fausses membranes ou de l'enduit opalin qui les recouvre.

Sous l'influence de ce traitement, la stomatite s'améliore pour disparaître en quelques jours.

Le traitement local est le seul efficace pour assurer, dans un laps de temps souvent assez long, la disparition de l'association fusospirillaire chez les porteurs de germes.

Le traitement général doit être institué lorsque les lésions de stomatite ou d'angine fusospirillaire sont particulièrement étendues et qu'elles s'accompagnent de complications cutanées.

Les injections intra-veineuses de novarsénobenzol sont remarquablement efficaces. Faites à la dose de 0 gr. 30 tous les quatre jours, les injections assurent rapidement la disparition des accidents. Cette médication plus active que toute autre doit être instituée d'une façon d'autant plus précoce qu'on se trouve en présence d'une complication plus grave.

Le traitement local doit être malgré tout associé car si l'arsenic administré par voie veineuse est un merveilleux cicatrisant, il ne semble pas influencer les porteurs de germes.

Les soins dentaires : l'ablation des chicots, du tartre dentaire, qui entretiennent trop souvent l'ulcération des muqueuses voisines constituent le meilleur traitement prophylactique et curatif des stomatites ; et c'est lui qui permet d'éviter les récidives des complications cutanées.

IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(Tixier et Tobé, *Progrès Médical*, 20 juillet 1918.)

Trois malades entrent à l'ambulance avec le diagnostic de rougeole, que semblaient imposer les signes généraux, le catarrhe oculo-nasal, de la gingivite, un érythème maculeux de la face.

Cependant le signe de Koplick faisait défaut, il n'y avait eu aucune contagion dans les délais habituels.

L'éruption fut discrète sur les membres et ne s'étendit pas au tronc, ni à l'abdomen. Il existait de l'adénite sous-maxillaire. Deux de ces soldats avaient eu la rougeole en bas âge.

La stomatite disparut ainsi que l'érythème après une huitaine de traitement.

L'état général demeura déficient.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service du Dr Tixier, hôpital Broca, septembre 1927.)

T... Marcelle, mécanicienne, âgée de 25 ans, a présenté depuis 15 jours des douleurs à la déglutition, de la dysphagie, des courbatures.

Elle constata une rougeur diffuse de sa gorge tandis que deux jours après elle vit apparaître des fausses membranes qui l'amènèrent à consulter à Lariboisière.

Là on fit un frottis et devant la présence de fuso spirilles, on fit revenir la malade tous les deux jours pour pratiquer des badigeonnages au novar. Ce traitement dura une semaine pendant laquelle l'état général n'était guère satisfaisant.

La température était de 38° et même de 38°5 ; les fausses membranes regressaient peu, la malade était asthénisée, courbaturée.

Le 26 septembre elle fait appeler un médecin qui prescrivit des gargarismes à l'eau phéniquée et pratiqua le lendemain une injection de novar sous-cutanée.

Le 28 septembre, c'est-à-dire neuf jours après le début de l'affection, la malade se décide à venir consulter à Broca.

Elle se plaint de vives douleurs dans la fesse et dans la jambe du côté du point où a été pratiquée l'injection sous-cutanée de novar et demande l'hospitalisation.

Son histoire attire l'attention sur la gorge : on trouve des amygdales gainées de fausses membranes d'aspect diphtéroïdes : en les détergeant pour procéder à un frottis on met à découvert deux ulcérations bilatérales des amygdales. Il existe une salivation abondante et fétide ainsi qu'une dysphagie complète. Le frottis révèle l'association fuso-spirillaire. On constate une grosse adénopathie bilatérale surtout à droite où elle est très douloureuse. La malade est hospitalisée dès son entrée c'est à-dire le 28 septembre : la température est de 38°.

Le 29 au matin, en la découvrant pour un examen complet

lors de la visite on est frappé de constater sur les cuisses, les genoux et les bras un érythème diffus de fond uni sur lequel se détachent de nombreux points d'un rouge plus vif donnant l'aspect granité caractéristique de la scarlatine. L'éruption est très prurigineuse : la malade se plaint de vives démangeaisons.

La température s'est élevée à 40°, la malade a des frissons et des sueurs profuses. La langue ne présente pas l'aspect scarlatineux.

On pratique aussitôt une injection sous-cutanée de 0,15 de novar et on applique une pommade camphrée pour calmer la cuisson douloureuse de l'érythème. En même temps des badigeonnages au novar sont faits quotidiennement.

Le 29 septembre l'éruption s'est étendue à tout le corps sauf à la face et au cou qui sont respectés. La température s'est abaissée à 39. Elle oscille entre 38 et 39 pendant les deux jours suivants tandis que l'éruption s'efface peu à peu. La malade urine normalement ; les douleurs ont disparu, il n'y a ni agitation ni insomnie.

Le 3 octobre, sans autre intervention thérapeutique l'éruption a complètement disparu sans desquamation appréciable.

La gorge est complètement nettoyée de ses fausses membranes, il ne reste plus trace d'ulcération amygdalienne, seule subsiste une légère adénopathie sous-maxillaire à droite qui a disparu le 6 octobre, date à laquelle la malade quitte le service.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Service du Dr Marcel Pinard, Hôpital Cochin, juin 1927.)

B... (Gaston), 37 ans, a eu la syphilis il y a 14 ans, a subi plusieurs injections de 606.

Le malade a les dents en très mauvais état, un liseré noirâtre de stomatite existe sur les gencives.

Le 1^{er} juin, le malade est allé consulter pour un eczéma de la face et du cou. L'application des pommades prescrites amène une exfoliation avec érythrodermie de la face et du cou.

A son entrée à l'hôpital on est frappé par l'intensité de la stomatite le malade est dysphagique, il salive abondamment, son haleine est très fétide, il a un trismus douloureux à grand peine on fait un examen de la bouche.

En plus du liseré noirâtre qui borde les gencives, on constate sur les faces latérales de la langue symétriquement au niveau de la première prémolaire une petite ulcération ovale entourée d'un liseré opalin, dépoli. En arrière, derrière la dent de sagesse, on trouve de chaque côté une petite ulcération analogue. Il existe une adénopathie bilatérale sous maxillaire très marquée, la température est de 38.

Le 19 juin, elle s'élève à 40 en même temps que l'état du malade s'aggrave, il a des vomissements, est prostré, semi-comateux, oligurique. C'est à ce moment qu'on constate aux lombes et sur les cuisses une éruption d'aspect scarlatini-forme. L'érythrodermie de la face et du cou a disparu.

Un frottis montre la symbiose fuso-spirillaire.

On pratique des badigeonnages au novar deux fois par jour : ils sont rendus difficiles par l'extrême trismus.

Le 24 juin s'évacue spontanément du sang et du pus provenant d'un abcès amygdalien passé inaperçu à cause de l'intensité du trismus.

L'érythème a gagné les jambes et les bras : il consiste en un piqueté rouge vif sur un fond uni et rappelle exactement l'éruption de la scarlatine.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines. La température est de 38°.

On fait une injection de sulfarsénol le 24 juin. Une seconde injection est pratiquée 3 jours après.

Le 24 juin, l'éruption a à peu près disparu : elle a pâli partout.

Cependant la peau du scrotum est d'un rouge violacé.

Dans les deux aînes apparaissent des papulles prurigineuses et suintantes.

La température oscille entre 37 et 38.

Le 28 juin, le malade quitte l'hôpital, apyrétique depuis 2 jours.

OBSERVATION IV

(Simonin, Société médicale des Hôpitaux, décembre 1901).

L... (Louis), âgé de 21 ans, sergent au 24^e Régiment d'Infanterie entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 6 février 1901 avec le diagnostic d'érythème.

Nous relevons dans ses antécédents pathologiques une atteinte assez sérieuse de scarlatine compliquée d'albumi-

nurie transitoire au mois de novembre 1896 ; en février 1900, il a présenté un chancre de la verge, suivi de roséole et de plaques muqueuses.

Il raconte que depuis le 26 janvier, il éprouvait une lassitude générale, une courbature douloureuse des articulations et un peu de gêne pour la mastication provenant d'une exco-
ration de la face interne de la joue droite.

Le 3 janvier, il voit apparaitre une assez vive rougeur dans toute la région sous-mammaire du thorax ; cette rougeur qui s'accompagne d'une violente démangeaison s'accroît et s'étend les jours suivants.

Le 5 janvier, nous constatons la présence d'un érythème scarlatiniforme occupant tout le plastron sternal ainsi que les régions mammaires, l'abdomen, les côtés latéraux du thorax et les bras. La peau à une teinte rose vif uniforme sur laquelle se détache un fin pointillé plus foncé.

Il existe un léger catarrhe conjonctival ; la gorge est le siège d'un érythème généralisé de teinte peu foncée.

Dans la bouche, au niveau de l'angle postérieur de la mâchoire inférieure droite, on voit une ulcération profonde, de la dimension d'une pièce de 2 francs, les bords en sont sinueux, déchiquetés, le fond garni d'un détritüs jaunâtre ; l'examen de cet exsudat fait en frottis sur lamelles y montre des cocci fins, isolés, prenant le gram puis de très nombreux spirilles fort ténus, des bacilles fusiformes arqués, un peu épais et des leucocytes en voie de désintégration.

Les détritüs de l'ulcération buccale,ensemencés sur sérum coagulé, donnent naissance après 48 heures d'étuve à 37° à de nombreuses et fines colonies punctiformes incolores de streptocoques en chaînettes flexueuses du type Fehleisen. L'urine

du malade bien que dépourvue d'albumine fournit en bouillon peptoné une culture type de streptocoques. L'érythème scarlatiniforme commence à pâlir le 8 février mais ne disparaît complètement que le 13.

Il a duré 10 jours et n'a pas été suivi de desquamation.

L'ulcération buccale traitée par l'iode, puis par le crayon de nitrate d'argent est complètement réparée à la date du 5 février. L'état général est resté constamment bon ; on n'a pas observé de mouvement fébrile.

OBSERVATION V (Résumée)

(Eisen, *Zentralb. f. inn. Mediz.*, 20 juin 1908.)

Il s'agit d'un enfant de six ans, envoyée à l'hôpital comme atteinte de diphtérie. Les deux amygdales sont enflées et rouges ; la droite est recouverte d'une fausse membrane comme dans l'angine de Vincent à la deuxième période.

Sur le tronc et aux extrémités, on voit un exanthème scarlatiniforme, rose clair à petits points confluent et qui disparut dès le lendemain matin. Les frottis de l'amygdale établirent la présence de bacilles fusiformes et de spirilles mais point de bacilles diphtériques. Au troisième jour apparaît l'ulcération typique de l'angine qui met des semaines à guérir.

Il y eut à peine de température et pas de desquamation.

OBSERVATION VI

(Tixier et Tobé, *Progrès médical*, 20 juillet 1918.)

Un fantassin, souffrant d'angines à répétition présente avec une température de 38° à 39° une stomatite et une angine

d'aspect opalin ; la muqueuse saigne facilement ; les ganglions cervicaux sont tuméfiés sur tout le corps on note des éléments éruptifs d'âge différent, en tous points semblables à ceux de la varicelle.

OBSERVATION VII (personnelle)

(Service du Dr Tixier, hôpital Broca, juin 1927.)

Cad. (Jean) 25 ans, charron.

Antécédents personnels : oreillons, rougeole, varicelle. Le malade entre à l'hôpital le 4 juin 1928. parce que depuis quatre jours il souffre de la gorge en avalant, est abattu, fatigué, inappétent : le 3 juin il a en outre constaté derrière son oreille droite et sur sa joue gauche de petites vésicules qui l'amènèrent à consulter le lendemain matin à Broca.

Le 4 juin à la consultation de Broca, on est en présence d'un malade atteint d'un trismus marqué, les douleurs sont très vives, la salivation est continuelle, les gencives saignent au moindre contact : un liseré noirâtre cerce les dents ; les deux amygdales sont injectées d'un pus grisâtre, l'odeur de la bouche est nauséabonde.

Le diagnostic de stomatite est posé et on fait un examen à l'Ultra qui montre une association de bacilles fusiformes et de spirilles très nette.

Le malade est hospitalisé aussitôt ; sa température est de 38°5.

L'attention est attirée sur les phénomènes cutanés qui avaient amené le malade à consulter : ce sont de petites vésicules de la grosseur d'un grain de mil, les limites en sont

nettes carelles sont entourées d'un cercle inflammatoire ; elles renferment un liquide clair.

Elles siègent derrière l'oreille droite, sur la joue gauche et ont gagné depuis la veille le front et le cou.

Le lendemain matin 5 juin l'éruption s'est étendue : de nouveaux éléments apparaissent sous la forme de macules et de papules sur le thorax, derrière la nuque, et sur les bras : le dos en est entièrement couvert, le pied droit en présente quelques éléments isolés.

Par contre les vésicules primitives de la face et du cou ont changé d'aspect, le liquide en est devenu trouble, d'autres sont même complètement desséchées : il reste à leur place une croûte entourée d'un liseré clair.

La température est alors de 38°5 ; on pratique une injection de 0,15 de novar ; la température s'élève à 39° le soir.

Le 6 juin l'aspect de l'éruption est assez différent ; de nouvelles macules apparaissent sur les cuisses, les jambes et les pieds tandis que les vésicules du thorax et des bras se sont vidées de leur contenu. La température est de 37°5 ; elle oscille jusqu'à 38° du 6 au 9 juin, date à laquelle on fait une seconde injection de novar 0 gr. 30.

A cette date, la stomatite est très améliorée ; le trismus, la salivation ont complètement disparu, il ne persiste plus trace du liseré noirâtre.

Le 10 juin presque toutes les vésicules sont sèches : il n'en subsiste que deux à la face antérieure du pied droit ; la température est tombée à 37° ; l'état général du malade est bon.

Le 12 juin il quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION VIII

(Nicolle, *Normandie médicale*, 1^{er} juin 1899).

B..., fille soumise, 26 ans, entrée à l'Hospice général le 5 février 1895 dans le service de M. le D^r Chaboux, supplée par nous.

La malade a été traitée précédemment dans le service, à plusieurs reprises, et pour diverses affections vénériennes. Accidents syphilitiques en 1893. Depuis le début de janvier 1895, la malade a souffert de douleurs articulaires vagues ; elle est d'ailleurs sujette à ces douleurs depuis longtemps.

Le 5 février elle se trouve plus souffrante ; elle ressent un malaise général avec céphalalgie, douleurs dans les membres, abattement, inappétence. Elle est admise le jour même à l'hospice général : sa température prise le soir de l'entrée est de 39.

Nous la voyons le 6 février au matin et notre attention est attirée de suite du côté de son éruption. Celle-ci consiste en taches érythémateuses légèrement saillantes dont la rougeur disparaît entièrement par la pression. Ces taches, de dimensions variables siègent à la nuque et au front ; elles ne sont pas douloureuses à la pression.

L'examen de la gorge dont la malade ne se plaint point d'ailleurs, montre une rougeur diffuse avec un point blanc sur chaque amygdale.

Température : le matin 38, le soir 39° 5.

Le 7 février, les fausses membranes se sont étendues, il y a de la dysphagie, quelques taches érythémateuses se

montrent sur le dos des mains et la face postérieure des poignets.

Température : le matin 37° 9, le soir 39° 9.

Le 9 février, l'éruption couvre tout le visage et les poignets par suite de la confluence des taches primitives. La face interne des deux jambes est couverte d'éléments rouges saillants, très douloureux à la pression, présentant par conséquent tous les caractères de l'érythème noueux. L'angine est stationnaire ; un ensemenement sur sérum coagulé pratiqué la veille a donné lieu au développement de colonies de streptocoques.

Même état général : rien aux poumons ni au cœur ; pas d'albumine.

Température le matin 37° 5, le soir 38.

Le 10 février température 37-38° 8.

Le 11 février l'éruption est plus pâle.

Température 37 et 37° 6.

Le 12 février, nouvelle poussée érythémateuse aux points antérieurement atteints. L'angine est moindre, il ne reste guère que deux points blancs siégeant chacun sur une des deux amygdales ; mais l'exsudat pseudo-membraneux qui les constitue masque une petite ulcération.

Température 37 et 38° 2.

A partir du 19 février, tous les symptômes s'améliorent jusqu'au 21, jour où nous faisons notre communication à la Société de médecine de Rouen.

Le 21, nouvelle poussée érythémateuse localisée aux jambes. L'angine paraît en voie de guérison. Elle guérit même tout à fait les jours suivants du côté droit ; l'ulcération amygdalienne gauche au contraire prend subitement une extension

considérable en profondeur et en surface. En huit jours, elle a fait disparaître une grande partie de l'amygdale ; par contre tous les autres symptômes fonctionnels et généraux ont disparu ; l'éruption est terminée.

Nous quittons le service mais nous avons su par M. le Dr Chabroux que cette ulcération avait eu une durée de plus d'un mois et qu'après l'avoir absolument effrayé, elle avait fini par guérir spontanément sans s'accompagner d'ailleurs depuis notre départ du moindre symptôme fonctionnel ou général.

OBSERVATION IX

(Simonin, *Société médicale des Hôpitaux*, déc. 1901.)

Saur. (Joseph), âgé de 21 ans, jeune soldat de la 22^e section de commis et d'ouvriers d'administration entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 21 janvier 1901.

Il souffre depuis le 15 janvier de douleurs assez vives dans la bouche, au niveau de la partie interne et postérieure de la joue droite ; cette souffrance que le malade attribuait à un abcès en formation, augmentait de jour en jour de façon à gêner l'alimentation ; dans la nuit, les 18 et 19 janvier il eut quelques frissons suivis de sueurs profuses et de démangeaisons. Le 19 janvier au matin, il constate une rougeur vive de la peau des aisselles et quelques petites macules rouges sur les côtés du thorax. Il continue néanmoins son service jusqu'au 21 janvier ; l'éruption avait alors acquis un développement tel que, malgré l'absence totale de symptômes généraux, le malade est dirigé sur l'hôpital sous la rubrique rou-

geole. Cette affection ne sévissait pas dans le casernement, le malade ne s'était pas trouvé exposé d'autre part à aucune cause appréciable de contagion ; enfin il raconte qu'il a subi une première atteinte morbilleuse à l'âge de 2 ans. La température est normale. La face n'est pas bouffie ; on n'observe aucun des catarrhes habituels de la rougeole, ni conjonctivité, ni coryza, ni toux ; pas la moindre éruption au front où à la face ; au cou on note des macules disséminées s'effaçant sous la pression du doigt.

Ces macules se retrouvent plus nombreuses et légèrement papuleuses au devant du thorax, sur la face interne des bras et avant-bras ; en arrière sur les épaules elles ont un centre blanchâtre qui leur donne l'aspect de plaques ortiées.

Au niveau des aisselles, du coude, du bas-ventre, des aînes et des lombes, on constate la présence de vastes placards rouges surélevés, un peu noueux.

La coloration est uniforme et vive à leur niveau sans le moindre pointillé.

La verge et les bourses présentent une série de macules rougeâtres. Les mains, les fesses, les membres inférieurs sont indemnes. Macules, papules et placards noueux sont le siège d'un prurit assez intense.

La langue est rosée, l'appétit conservé, les selles sont régulières ; le foie, la rate, les poumons, le cœur sont normaux ; les urines ne contiennent pas d'albumine.

L'examen du pharynx montre des amygdales saines mais on constate sur la face interne de la joue droite, en regard des dernières molaires une ulcération superficielle assez étendue, de forme ovale à grand axe horizontal, à contours serpigneux ; elle mesure environ 5 cm. sur 3 cm. ; un enduit

grisâtre, pulpeux, visqueux, peu adhérent, apparemment formé de détritüs épithéliaux, recouvre l'exulcération.

L'examen de cet exsudat étalé en frottis sur lames montre une abondance extrême de leucocytes polynucléés, quelques cellules polygonales et pas mal de détritüs granuleux difficiles à colorer. Le bacille fusiforme est de beaucoup le germe prédominant ; tantôt isolé, tantôt associé en diplobacille, il se montre assez court, épais, souvent arqué, on voit en outre des spirilles assez ténus et relativement peu nombreux ; puis enfin quelques diplocoques fins prenant énergiquement le gram. On recueille de la salive du malade dans un tube stérilisé placé au bain-marie à 37° et on y délaye une grande quantité de l'exsudat ; le mélange examiné sans retard sur la plaque chauffante, montre la mobilité des spirilles ainsi que celle des bacilles fusiformes ; facile à vérifier sur les formes diplo-bacillaires qui sont caractéristiques, ce mouvement est celui d'une aiguille de boussole, combiné à un mouvement de translation. L'ensemencement de l'exsudat sur un tube de sérum coagulé donne au bout de 36 heures, de fines colonies punctiformes, incolores, composées de cocci fins, serrés, prenant le gram, disposés en chaînettes droites ou un peu flexueuses ayant l'aspect du streptocoque de Fehleisen.

Du sang recueilli aseptiquement au niveau d'une plaque noueuse des lombes et ensemencé en bouillon peptonisé, fournit en 36 heures une culture de micrococcus tetragènes saprophyse banal des couches superficielles de la peau.

Le 23 janvier l'éruption arrivée au 5^e jour commence à pâlir au cou et au thorax ; le lendemain apparition d'une desquamation à petites lamelles dans le pli du coude des deux

côtés. Les aisselles, les aines, le bas-ventre, la face interne des cuisses présentent une série de minimes soulèvements épidermiques comparables à des sudamina développés sur le fond nettement pâli de l'éruption.

Le 26 janvier on ne voit plus que quelques macules rose pâle dans les régions inguinales et sus-pubiennes. Des squames prélevées dans l'aisselle droite sont ensemencées dans du bouillon peptonisé et permettent de constater la présence du staphylocoque blanc et du streptocoque pyogène.

Le 28 janvier, on incise deux petits abcès tubéreux de l'aisselle droite dont le développement s'est fait en 48 heures et a provoqué une poussée de polyadénite axillaire assez douloureuse ; la culture révèle dans ce pus la présence du staphylocoque doré et de chaînettes flexueuses de fins cocci serrés du type Fehleisen.

Le 2 février, sous l'influence d'attouchements à la glycérine iodée au 1/10 à laquelle on substitue ultérieurement le nitrate d'argent, la réparation de l'ulcération buccale, dont les dimensions se sont progressivement réduites, est complète.

Pendant toute sa durée qui a été de 18 jours, elle s'est toujours limitée aux couches superficielles de la muqueuse, gardant un caractère plutôt érosif que vraiment ulcéreux.

La desquamation de la peau est terminée

Le malade entrait en pleine convalescence quand le 7 février, sa température s'est brusquement élevée à 39°3 ; en même temps on voit apparaître un léger catarrhe oculo-nasal, un gonflement marqué des amygdales qui sont le siège d'une

rougeur assez vive, sans exsudats ; la culture du mucus révèle la présence exclusive du staphylocoque doré.

La fièvre diminue dès le lendemain 37°7, 38° et disparaît complètement le 9 février eu matin ; quelques points pultacés blanc jaunâtre se sont montrés au niveau des cryptes amygdaliennes, le malade accuse en outre un peu de catarrhe laryngo-bronchique et une polyadénite cervicale bilatérale assez douloureuse.

Cette poussée catarrhale des premières voies s'amende très rapidement, néanmoins le malade reste pâle et anémié jusqu'à sa sortie qui a lieu le 20 février.

OBSERVATION X

(Simonin, Société Médicale des Hôpitaux, décembre 1901.)

P..., (Charles) âgé de 21 ans, cultivateur, jeune soldat au 102^e Régiment d'infanterie est hospitalisé au Val-de-Grâce le 10 janvier 1901 avec le diagnostic d'angine aiguë.

Le malade raconte qu'il est fréquemment atteint d'amygdalite, il aurait présenté il y a 2 ans un phlegmon tonsillaire.

A la date du 8 janvier il est pris brusquement de céphalée, de frissons, de courbature générale et de dysphagie douloureuse : le lendemain la température vespérale atteint 40°.

Le 10, le thermomètre marque tous l'aisselle 39°,6 ; le malade a les traits tirés, l'air abattu, il présente sur la lèvre inférieure une série de vésicules d'herpès et se plaint d'une diarrhée séreuse assez accusée qui dure depuis 48 heures. On ne constate aucun catarrhe oculaire et nasal ; la langue légèrement saburrale ne desquame pas ; le pharynx est uni-

formément rouge ; la luette un peu œdématiée, l'amygdale droite doublée de volume, des glaires muqueuses abondantes recouvrent la surface de l'isthme et des tonsilles.

Les frottis et lesensemencements pratiqués avec les mucosités de la gorge permettent de constater la présence de chaînettes flexueuses de fins cocci serrés, prenant le gram, du type Fehleisen.

Le pouls est régulier, les urines ne renferment pas d'albumine. Le malade a une toux sèche et l'auscultation révèle quelques râles secs et fins localisés à la base du poumon gauche perceptibles seulement pendant l'inspiration ; pas d'expectoration spéciale.

Le 11 janvier, la température s'abaisse à 39, puis à partir de ce moment oscille pendant 9 jours entre 37 et 38°,2, alors presque simultanément apparaissent trois nouveaux phénomènes.

Les gencives se recouvrent d'un large liseré blanchâtre constitué par l'épithélium de revêtement nécrosé ; des ulcérations assez profondes se montrent sur le rebord alvéolaire principalement au niveau des dernières grosses molaires supérieures et inférieures gauches ; la joue du même côté ne tarde pas à présenter une ulcération superficielle allongée ; on en trouve une analogue à la surface de l'amygdale voisine ; ces phénomènes de stomatite durent du 15 janvier au 1^{er} février malgré des attouchements répétés à la teinture d'iode et s'accompagnent d'une polyadénite cervicale peu volumineuse, légèrement douloureuse et de fétidité de l'haleine. Puis on voit survenir des arthralgies multiples, mobiles et fugaces très douloureuses qui frappent successivement les

genoux, les épaules ensuite, principalement au voisinage des insertions tendineuses ; elles persistent avec de courtes rémissions pendant une vingtaine de jours sans jamais s'accompagner de tuméfaction notable.

Enfin le 16 janvier au soir, on constate au niveau des poignets et des genoux, le début d'une éruption polymorphe qui dure jusqu'au 22 janvier. Ce sont d'abord des macules à bords déchiquetés assez analogues à celles de la rougeole, au cou, surtout, elles rappellent l'éruption morbillieuse ; la face reste indemne au niveau des plis de flexion, des aisselles, du coude, des genoux, il existe une coloration uniforme, fleur de pêcher, parsemé d'un piqueté plus vif simulant l'exanthème scarlatineux ; le malade se plaint à ce niveau d'un prurit assez marqué.

Dès le 3^e jour, l'éruption pâlit ; elle se maintient néanmoins au niveau des coudes et des genoux pendant trois jours encore et disparaît sans être suivie de desquamation. L'amygdale gauche contient encore du streptocoque à la date du 4 février. L'examen direct du détritus ulcéreux des gencives et de la bouche montre de très nombreux spirilles une certaine quantité de bacilles fusiformes et des cocci prenant le gram ; une culture démontre la nature streptococcique de ce dernier élément microbien. L'urineensemencée reste stérile.

Pendant 48 heures du 24 au 26 janvier, le malade s'est plaint de douleurs névralgiques intercostales qui n'ont pas persisté. Il part en convalescence amaigri et anémié à la date du 31 janvier.

OBSERVATION XI

(Simonin, Société Médicale des Hôpitaux, décembre 1901.)

Ed. (Léon) âgé, de 23 ans caporal au 1^{er} régiment d'Infanterie coloniale se trouvait en traitement au Val-de-Grâce depuis le 3 août 1901 dans une salle de chirurgie pour une fistule thoracique consécutive à un empyème ancien du côté gauche quand le 22 août il éprouve subitement une gêne légère de la déglutition en même temps que des frissonnements répétés : le soir, la température axillaire était de 38°. A partir de ce moment la dysphagie augmente, les 2 amygdales se recouvrent de fausses membranes, épaisses, gris verdâtre, dégageant une odeur très fétides, sous l'influence d'attouchements à la teinture d'iode, ces exsudats se détergent en partie, laissant à découvert des ulcérations anfractueuses irrégulières garnies de détritits putrides. Les ganglions cervicaux s'engorgent à droite et à gauche et deviennent douloureux à la pression ; la température normale le matin s'élève chaque soir entre 38° et 39°. Le 25 août, 7^e jour après le début de l'angine survient au milieu d'un orage fébrile assez intense 39° 2 et de démangeaisons très vives une éruption morbilliforme composée de macules et de papulles très confluentes au niveau du cou et des régions articulaires des membres, du côté de l'extension principalement, la face, le thorax et l'abdomen sont à peu près indemnes. Le genou droit devient douloureux. Le malade est évacué sur le service d'observation annexé au pavillon des contagieux.

A ce moment, en dehors des chancres ni amygdales déjà

signalés, on constate la présence de lésions ulcéro-membraneuses multiples, étendues et profondes de l'oro-pharynx ; elles siègent sur les côtés de la langue, sous la pointe de cet organe, au niveau du filet ; sur la face interne des lèvres supérieure et inférieure ; dans l'espace angulo-maxillaire, sur les gencives, au niveau des incisives et des canines ; toute la muqueuse de la bouche est envahie par une rougeur sombre qui devient nettement violacée sur les bords des ulcères ; la déglutition est très douloureuse, très difficile ; le malade bave constamment, son haleine est horriblement fétide. Les urines ne renferment ni albumine, ni acides biliaires.

Le 1^{er} septembre, l'éruption s'est généralisée à tout le corps bien que la température se rapproche de la normale ; en même temps on voit se former au niveau des coudes et des genoux, du côté de l'extension une série de petits soulèvements vésiculeux contenant un liquide clair ; la démangeaison persiste très intense.

Le 3 septembre, le malade accuse des arthralgies multiples très douloureuses intéressant les coudes et les genoux.

Le 4 septembre, l'éruption vésiculeuse s'est étendue : elle recouvre presque toute la surface cutanée sauf la face ; le liquide des éléments éruptifs devient louche, purulent.

L'examen bactériologique des fausses membranes de l'oro-pharynx montre :

a) Des bacilles fusiformes très nombreux, les uns assez courts et épais ; les autres minces, allongés, le plus souvent associés par couples ;

b) Des spirilles ténus et longs :

c) De nombreux diplocoques prenant le gram, la plupart

inclus dans des leucocytes polynucléés, des cocci isolés prenant le gram.

La culture sur sérum coagulé donne en 48 heures de fines colonies punctiformes de streptocoques du type Fehleisen.

Des attouchements pratiqués avec le crayon de nitrate d'argent et des lavages d'eau oxygénée sont en voie de déterger les divers ulcères, quand le 5 septembre, dans la matinée, de violents frissons accompagnés de nausées se produisent à de courts intervalles ; la température s'élève à 38°8, le pouls à 144 ; le malade est anxieux, un nuage important d'albumine apparaît dans les urines, dont la quantité s'abaisse à 800 gr. dans les 24 heures. Cet état persiste le lendemain, le thermomètre marque 40°4 ; les douleurs articulaires ont disparu mais les nausées et l'albumine persistent ; les battements du cœur sont faibles, sourds, intermittents, arythmiques ; ils se maintiennent au-dessus de 130 ; des bains tièdes ont failli produire une syncope mortelle ; les muqueuses et les extrémités sont légèrement cyanosées ; sur tout le corps se produit une desquamation en larges plaques.

A dater du 9 septembre, on observe une sédation notable des divers symptômes ; la température s'abaisse à 39° puis à 38°.

Le cœur sous l'influence de la digitale prudemment administrée devient moins rapide ; la cyanose disparaît ; le pouls s'abaisse à 120 puis à 110 ; la quantité d'urine atteint 1.500 gr. on y décèle encore un nuage d'albumine.

A la date du 16 septembre, la cicatrisation des lésions ulcéreuses de la bouche est complète ; la desquamation cutanée est terminée : la température qui oscillait autour de 37°5 tombe définitivement à 37.

La tachycardie persiste ainsi que l'albumine.

Le malade soumis au régime lacté exclusif et polyurique : il urine en moyenne 3 litres 5 par jour.

Le 11 octobre, l'albumine ayant disparu depuis 6 jours et la quantité d'urine variant de 1.500 à 1.000 gr., le malade est évacué sur une salle de chirurgie pour sa fistule pleurale qui s'est ouverte de nouveau.

OBSERVATION XIII

(Nicolle, *Normandie médicale*, 1^{er} juin 1899.)

M X..., étudiant en médecine, 26 ans, bonne santé antérieure. Le 24 décembre 1898, sans cause apparente, est pris d'un malaise général absolument identique, dit-il, à celui qui caractérise ordinairement le début d'une grippe ; courbature générale violente, inappétence, frissons, état sabural.

Le lendemain, 25 décembre, même état, plus marqué. Céphalalgie violente, siégeant au sommet de la tête, continue avec exacerbations. Légère sensation de sécheresse de la gorge avec une dysphagie modérée à la déglutition, son attention se trouvant ainsi attirée du côté de la gorge, le malade examine lui-même celle-ci et aperçoit siégeant à la partie supérieure de l'amygdale gauche une petite tache recouverte par un exsudat extrêmement mince.

Il vient consulter le 26, dans l'après-midi. L'état général est meilleur et la céphalalgie persiste et l'inquiète. L'haleine est généralement fétide. A l'examen de la gorge, on voit, à la partie supérieure de l'amygdale gauche, au niveau de son union avec le pilier antérieur, une petite ulcération allongée

dans le sens antéro-postérieur. Elle mesure environ un centimètre dans le sens transversal ; la hauteur est de trois millimètres. Un léger dépôt pultacé, facile à enlever la recouvre. Il n'existe point par conséquent de fausse membrane vérifiable. L'exsudat enlevé, l'ulcération paraît grisâtre, anfractueuse, ayant l'aspect d'une plaie de mauvaise nature, saignant facilement et un peu douloureuse au contact. L'amygdale est légèrement oedématiée ; le reste de la gorge est sain.

Un ganglion sous-maxillaire du côté gauche est tuméfié et un peu douloureux à la pression.

En présence de ces symptômes, nous pensons de suite qu'il s'agit là d'une angine ulcéreuse à bacilles fusiformes, analogue aux cas précédemment décrits par MM. Vincent, Lemoine, Dopter, Rispal, etc... et pour confirmer notre diagnostic, nous faisons venir le jour même, le malade à notre laboratoire.

Un frottis de l'exsudat est d'abord pratiqué. Il montre après coloration la présence dans celui-ci d'un nombre considérable de microorganismes de toutes formes, au milieu desquels il est facile de reconnaître cependant des bacilles à extrémités effilées (bacilles fusiformes) et des spirilles très fins.

L'exsudat ayant été enlevé, nous râclons ensuite avec prudence, la surface même de l'ulcération et nous examinons de même le produit de râclage.

L'aspect de nos préparations est caractéristique.

En dehors de quelques lobules blancs, plus ou moins altérés, et de rares microbes d'espèces banales, on ne voit que des bacilles fusiformes et des spirilles, ces derniers en nombre sensiblement moindre.

Les bacilles fusiformes revêtent les caractères qui ont été

décrits par M. Vincent : leur centre est renflé, leurs extrémités effilées. Ils sont tantôt arqués, tantôt (mais plus rarement) droits ; leur longueur est variable ; quelques-uns d'entre eux sont véritablement filamenteux. Ils sont généralement isolés, quelquefois disposés par deux bout à bout ; il est tout fait exceptionnel d'en voir trois ou quatre à la file, nous n'en avons jamais vu plus à la suite. Ces bacilles forment souvent des amas et s'enchevêtrent alors dans tous les sens. Ils ne se colorent point par la méthode de gram mais se teignent bien par les diverses solutions colorantes, employées dans les laboratoires (fushine phéniquée de Ziehl et thionine phéniquée principalement). Un examen pratiqué, sans coloration montre leur immobilité. Nous n'avons trouvé sur nos préparations que de rares formes d'involution, analogues à celles décrites par M. Vincent.

Les spirilles sont extrêmement fins, ondulés, de longueur variable ; ils ne se colorent pas par la méthode de gram et se laissent mal colorer par les couleurs d'aniline ; ils sont par conséquent, toujours très pâles sur les préparations. C'est la fushine phéniquée de Ziehl qui les colore le mieux. Un examen pratiqué sans coloration, montre qu'ils sont mobiles, animés de mouvements rapides, dans lesquels leur corps flexible élastique se tend et se détend comme un ressort à boudin. Ce sont donc de véritables spirochètes et non des spirilles.

Nous devons faire remarquer que le produit de râclage de l'ulcération est extrêmement riche en substances grasses et que, par suite, les préparations sont difficiles à colorer. Pour obtenir de bonnes préparations, il est nécessaire de dissoudre préalablement la graisse ; on y parvient facilement en trai-

tant pendant quelques secondes la préparation par l'éther sulfurique.

Bien que cet examen immédiat fut suffisant pour affirmer l'existence de la forme d'angine décrite par M. Vincent, nous pratiquâmes plusieurs cultures de l'exsudat sur sérum coagulé. Le lendemain les tubesensemencés ne nous donnèrent que de très rares colonies de cocci ; les bacilles fusiformes et les spirilles ne se développèrent point sur ce milieu de culture.

Le traitement conseillé au malade fut celui que préconise M. Vincent : attouchements biquotidiens à la teinture d'iode, grands lavages à l'eau boricquée bouillie.

Le 29 décembre, nous revoyons le malade. Les symptômes généraux ont disparu sauf la céphalalgie. L'ulcération est stationnaire. Une complication curieuse est apparue depuis la veille ; c'est une éruption d'un caractère tout spécial, siégeant à la partie supérieure du visage. Elle consiste dans des placards oedémateux, mal limités, ne s'accompagnant d'aucun changement de coloration de la peau. Un de ces placards occupe une grande partie de la région temporo-pariétale gauche et du front ; il s'arrête au niveau de la partie médiane de celui-ci.

Deux autres placards plus petits siègent symétriquement du côté droit. Ces placards sont légèrement surelevés, le doigt y laisse une empreinte très nette ; la pression en est d'ailleurs très douloureuse.

Cette éruption a persisté pendant dix jours, diminuant très lentement d'intensité ; elle n'a guère changé de siège. Elle est restée oedémateuse et douloureuse jusqu'à la fin ; elle ne

s'est à aucun moment accompagnée de rougeur des téguments et a disparu sans laisser la moindre trace.

Le 4 janvier l'aspect de l'ulcération demeurant toujours le même, le malade va consulter notre excellent confrère le Dr Max Leseigneur. Celui-ci constate alors l'existence d'une très petite ulcération sur l'amygdale droite, de caractères identiques à celle du côté gauche. Il conseille de pratiquer, avec attention, des attouchements biquotidiens avec un collutoire à la résorcine (glycérine et résorcine parties égales). Le 5 janvier au lieu d'employer ce médicament comme cela lui a été conseillé, le malade pratique des badigeonnages de toute la gorge avec le collutoire. Sous l'influence de ce traitement intempestif, l'état de la gorge, se modifie très rapidement.

Dès le lendemain, 6 janvier les deux amygdales se recouvrent de fausses membranes véritables et s'hypertrophient considérablement. L'odeur de l'haleine redevient fétide, comme au début et même davantage. La dysphagie réapparaît très marquée. En même temps l'état général devient mauvais ; la langue est saburrale, l'anorexie complète. Le malade est obligé de garder la chambre ; la température prise régulièrement ne dépasse point 37°5 et 37°6. Pendant quelques jours sur le conseil qui lui en est donné, le malade pratique de grands lavages à l'eau oxygénée mais sans résultat.

Le 14 janvier, nous sommes demandés à nouveau auprès de lui, et il nous fait le récit de ce qui s'est passé depuis notre dernière visite (29 décembre). Nous trouvons le malade amaigri et le moral assez affecté ; il ne mange plus et dort mal. L'examen de la gorge nous montre la présence de fausses membranes peu épaisses en voie de disparition sur les amyg-

dales. L'ulcération du côté gauche persiste, elle est devenue stationnaire ; à droite l'ulcération constatée par M. Leseigneur est presque entièrement cicatrisée. Le ganglion sous-maxillaire du côté gauche est toujours engorgé et légèrement douloureux ; à droite pas de tuméfaction ganglionnaire.

Nous conseillons de faire fréquemment de grands lavages avec une solution de permanganate de potasse à 1/10 000. Un nouvel examen du produit de raclage de l'ulcération donne les mêmes résultats que le premier ; deux tubes de sérum coaguléensemencés ne présentent de même que de rares colonies de coëti.

Le lendemain 15, le malade est revu. Même état. Le soir et les jours suivants, la température s'élève à 38°, 38°,5 et même 39°9 (17 janvier au soir) pour retomber en deux jours (19 janvier), à la normale. Nous n'avons pas vu le malade pendant cette période.

Malgré ces symptômes inquiétants, sous l'influence des lavages au permanganate, l'état local et l'état général s'améliorent ; cependant le malade ne quitte pas encore la chambre.

Le 30 janvier, se jugeant pour ainsi dire guéri, il commet l'imprudence de se remettre à fumer. Immédiatement les symptômes locaux reparaissent.

Nous sommes rappelé auprès de lui le 11 février.

Nous constatons à nouveau l'hypertrophie des amygdales et la persistance de l'ulcération, dont les dimensions sont cependant moindres. L'adénite sous-maxillaire gauche est toujours appréciable. L'état général est médiocre, quoique meilleur depuis quelques jours. Cette seconde rechute ne s'est pas accompagnée de fièvre. Nous conseillons de reprendre les grands lavages au permanganate, interrompus depuis

une dizaine de jours, et de toucher l'ulcération avec un colutoire à l'iodoforme.

A partir de ce moment, la guérison suit une marche régulière. Le 16 février, l'état local est très amélioré, enfin le 21 l'ulcération est complètement guérie. Les amygdales restent encore grosses.

Le 16 mars, nous avons revu le malade parti depuis sa guérison, à la campagne ; il est complètement rétabli ; son état général est excellent, les amygdales ont repris leurs dimensions normales.

Nous avons omis de parler dans le cours de cette observation d'un fait intéressant, sur lequel le malade n'a, d'ailleurs appelé notre attention que tout à fait tardivement.

Nous voulons parler de la coexistence d'une ulcération labiale avec une angine ulcéreuse ; cette ulcération labiale serait apparue vers le 10 décembre, c'est-à-dire quinze jours environ avant le début de l'angine ; elle siégeait à la face interne de la lèvre inférieure du côté droit ; ses dimensions n'excédaient point celles d'une lentille, son aspect était identique, nous a dit le malade, à celui de l'ulcération amygdalienne ; elle n'a guéri que vers le 6 février. Lorsque le malade nous a parlé de cette ulcération, elle n'était plus constituée que par une petite dépression cicatricielle de la muqueuse, sans caractère particulier ; c'est ce qui explique pourquoi nous n'en avons pu faire, à notre très grand regret, l'examen microscopique.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Nicolle, Mémoires et Travaux du Laboratoire
de Bactériologie de l'Ecole de Médecine de Rouen.)

L'auteur relate ce fait en quelques mots et suppose qu'il s'agissait d'une angine de Vincent dont la nature ne pouvait être soupçonnée à cette époque. L'éruption survint le 2^e jour de la maladie ; elle siégeait au front, à la nuque, sur le dos des mains, la face postérieure des poignets, la face antérieure des jambes, à côté de macules et de papules, on constatait la présence d'éléments d'érythème nouveaux.

La culture de l'exsudat amygdalien donne de nombreuses colonies de streptocoques.

OBSERVATION XVI

(Simonin Société médicale des Hôpitaux, décembre 1901.)

Thom (Prosper) âgé de 23 ans, soldat au 19^e escadron du train est hospitalisé au Val-de-Grâce à la date du 18 septembre 1901. Il jouit ordinairement d'une santé parfaite et n'est pas sujet aux angines.

Le 3 septembre ayant fait quelques excès de tabac, il éprouve un peu de dysphagie puis une douleur assez vive dans l'oreille gauche ; l'état général restant bon, il part pour les manœuvres de l'Est sans prêter attention à ces malaises mais le 10 septembre, la gêne de la déglutition ayant augmenté, il va consulter son médecin major qui le traite sans

succès jusqu'au 18 septembre et l'évacue le même jour sur l'hôpital du Val-de-Grâce avec le diagnostic d'angine ulcéro-membraneuse suspecte.

L'examen du pharynx montre un érythème diffus, assez vif, une amygdale droite profondément excavée par une ulcération dont le fond anfractueux est garni de détritits membranoux ; l'amygdale gauche présente des cryptes élargies à bords évasés, on dirait une éponge à gros trous ; ces dernières ulcérations sont détergées. La région cervicale droite est empâtée par des ganglions de moyen volume, légèrement douloureux à la pression. L'haleine est fétide, l'état général est bon, la température normale, les urines ne contiennent aucune trace d'albumine.

L'examen direct des exsudats pharyngés révèle la présence de très nombreux spirilles de bacilles fusiformes longs et minces, le plus souvent associés deux à deux, de courtes chainettes de cocci prenant le gram, des bacilles courts colimorphes et des cocci isolés ne prenant pas le gram.

La culture sur sérum coagulé donne naissance à de fines colonies de streptocoques du type Fehleisen et à des colonies blanches, plus volumineuses, mais plus rares de colibacilles.

Le 20 septembre, soit 17 jours après le début de l'angine, le malade est pris brusquement de frissons répétés, d'une courbature intense, de douleurs intercostales droites, la température s'élève à 38°4 ; on voit survenir au niveau des poignets et des genoux de violentes démangeaisons, puis des placards noueux de couleur rouge sombre à bords saillants et irréguliers ; cet orage fébrile et l'éruption cutanée ne durent que 30 heures.

Dès le 21 septembre tout est rentré dans l'ordre. De légères

cautérisations au nitrate d'argent et des lavages à l'eau oxygénée détergent les ulcères qui bourgeonnent rapidement ; le malade sort complètement guéri le 26 septembre.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Tixier et Tobé, *Progrès Médical*, 20 juillet 1918.)

Elle concerne un fantassin de 23 ans, sujet aux angines qui ont nécessité trois évacuations depuis le début de la guerre.

En juillet 1916, il est soigné dans une ambulance du front pour angine, stomatite et érythème bulleux ; on suspecte la syphilis, le Wassermann est pourtant négatif.

Le 10 décembre 1916, le malade accuse de la dysphagie, il se plaint d'ulcérations gingivo-buccales et il note l'apparition de macules sur les jambes.

A son entrée, l'état général est grave, la température élevée ; les muqueuses bucco-pharyngées sont ulcérées, sanieuses, couvertes de fausses membranes, elles saignent au moindre attouchement.

Les conjonctives sont le siège d'une ulcération aiguë.

Aux membres, on note l'apparition de papulo-vésicules de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Le liquide d'abord clair se trouble et, après dessication, il reste une croûte qui se substitue à la bulle, lorsque celle-ci tombe, il demeure une cicatrice pigmentée qui ne disparaît que très lentement. Des éléments d'âges différents, témoignent que l'éruption s'est faite par poussées successives.

Les avulsions dentaires, les soins de la bouche, le traite-

ment général ne tardent pas d'être suivis d'une amélioration, puis de la disparition des symptômes buccaux et cutanés.

Vingt-cinq jours après le début de la maladie, la convalescence s'est assez affirmée pour que le départ en permission soit possible, celle-ci s'effectue sans incidents lorsque le 15 mars 1917, le convalescent constate que des douleurs buccales sont causées par une ulcération qui s'élargit et qui se creuse malgré les attouchements à la teinture d'iode et à l'eau oxygénée.

Quatre jours après le début des signes buccaux, le malade ressent des frissons, il y a de la fièvre, des rougeurs apparaissent sur les téguments; celles-ci ne tardent pas à évoluer sous forme d'érythème bulleux aux membres supérieurs, d'érythème polymorphe aux membres inférieurs.

Sous l'influence d'injections intraveineuses de néo-salvarsan et de galylassociées au traitement des lésions buccales, la régression de tous les symptômes s'effectua rapidement.

OBSERVATION XVIII

(Tixier et Tobé, *Progrès Médical*, 20 juillet 1918.)

Elle concerne un jeune soldat de 21 ans, qui eut la scarlatine à 12 ans. Quatre jours avant l'entrée à l'ambulance, il ressent des malaises, se sent fébricitant et il est gêné par l'apparition d'ulcérations buccales et gingivales. Puis, apparaît un érythème scarlatiniforme très étendu, à gros grains, surtout accusé à la face dorsale des mains et au bassin. Cet érythème ressemblait beaucoup aux érythèmes scarlatiniformes médicamenteux. Dix jours après son début, il ne res-

taît plus trace de l'éruption ; au vingtième jour le seul reliquat était une desquamation furfuracée.

OBSERVATION XIX

(Tixier et Tobé, *Progrès Médical*, 20 juillet 1918.)

Un jeune soldat entre à l'ambulance avec le diagnostic de rougeole. Cette maladie est cependant notée dans ses antécédents à l'âge de 4 ans. Une ascension progressive de la température à 39° précède l'apparition de l'érythème maculeux qui est surtout accusé au front, aux joues et derrière les oreilles. La stomatite érythémato-pultacée est intense ; les ganglions de la région sous-maxillaire sont tuméfiés.

Le signe de Koplick fait défaut ; aucune éruption n'apparut ultérieurement sur le corps.

Quatre jours après le début des symptômes et l'institution d'un traitement buccal et général énergiques, la conjonctivite a disparu, la stomatite est en bonne voie de guérison, l'érythème de la face s'est atténué. Au sixième jour, il ne persiste plus qu'une légère adénopathie sous-maxillaire, l'état général reste médiocre.

OBSERVATION XX

Tixier et Tobé (*Progrès Médical*, 24 juillet 1918).

Le malade entre à l'ambulance avec le diagnostic d'érysipèle. Le premier symptôme a consisté en prurit facial, puis, de petites vésicules apparurent au niveau de la joue droite. L'extension des lésions s'effectua sous forme de macules, de

papules et de vésicules microscopiques évoluant sur un fond érythémateux. Les vésicules, à contenu louche, sont confluentes aux tempes et dans les sillons rétro-auriculaires.

La partie antérieure du thorax est couverte de lésions d'érythème polymorphes : papules, vésicules, pustules disséminées.

Les gencives sont le siège d'un enduit blanchâtre qui laisse, après enlèvement, une muqueuse congestionnée.

En l'espace d'une quinzaine de jours, il ne reste plus qu'une légère desquamation à la place des éléments éruptifs.

OBSERVATION XXI

Landriau (*Archives de médecine et de pharmacie militaire*,
avril 1900).

Un artilleur âgé de 22 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé est atteint le 8 mai 1898 de stomatite ulcéreuse pour laquelle il réclame des soins médicaux le 10. Il se plaint en outre le 16 mai (8^e jour de la maladie) de douleurs articulaires très vives, en raison desquelles il est envoyé à l'hôpital de Versailles avec le diagnostic : rhumatisme articulaire.

Le malade a une mauvaise dentition et de la stomatite ulcéro-membraneuse ; les gencives sont fongueuses, ramollies et laissent suinter un liquide noirâtre ; la fétidité de l'haleine est considérable.

On constate de l'arthralgie des grandes articulations, des membres supérieurs et inférieurs qui sont légèrement tuméfiés.

Quatre jours après, le 20 mai (12^e jour de la maladie) des

taches purpuriques, véritables ecchymoses d'un rouge livide, surgissent sur le bras droit, le genou gauche, la face externe de la jambe droite.

Le lendemain, de nombreuses plaques d'érythème noueux envahissent toute la surface cutanée principalement les membres du côté de l'extension puis les deux paupières supérieures ; la température s'élève à 38° ; légère épistaxis.

Le 23 mai, un hématome sous-cutané de la grosseur d'une mandarine se montre dans la région temporale droite ; le sang ensemencé à 2 reprises à 3 jours d'intervalle fournit chaque fois une culture de staphylocoques blancs.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. On voit ultérieurement survenir une diarrhée profuse et rebelle sans méléna ; puis la langue se tuméfie ainsi que le tissu cellulaire du plancher de la bouche et de la région sus-hyoïdienne ; la gêne mécanique de la respiration est telle le 27 mai qu'elle nécessite une laryngotomie d'urgence. Celle-ci est suivie au bout de 48 heures d'une double bronchopneumonie à foyers disséminés dont l'extension progressive entraîne la mort à la date du 11 juin au milieu de phénomènes d'hyperthermie (40°5 en plateau) et de collapsus cardiaque.

La nécropsie fait découvrir à la base du poumon gauche un abcès pleural bridé par quelques adhérences contenant 100 gr. de pus mal lié dont la nature bactériologique n'a pas été déterminée.

Les poumons sont le siège de multiples infarctus et de foyers de bronchopneumonie en voie de suppuration.

La muqueuse du tractus digestif est partout hyperémiée, sans réaction nette du côté des organes lymphoïdes. La rate est molle, diffluente, parsemée d'infarctus. Le foie est en voie

de dégénérescence granulo-graisseuse ; les reins paraissent normaux ainsi que le cœur.

OBSERVATION XXII

(Pagliano et François, 1889. *Presse Médicale*, 26 avril 1899
in Communication de Simoni, Société Médicale des hôpitaux, 6 décembre 1901).

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans ayant présenté un mois avant un érysipèle de la face et du cuir chevelu d'une durée de 12 jours.

Le 12 septembre 1899, elle est atteinte de stomatite ulcéro-membraneuse intéressant les gencives et la langue ; la muqueuse buccale desquame et saigne facilement, bien que vierge de véritable ulcération. 4 jours après une fièvre intense survient (40°) en même temps que des arthralgies multiples avec léger gonflement au niveau des coudes, poignets, genoux et cou de pied, on voit apparaître une série de taches purpuriques pétéchiiales, de dimensions variées sur la poitrine, sur les bras, l'abdomen, les cuisses, au niveau des malléoles. ce sont de vastes ecchymoses.

Du 20 au 23 septembre, une détente générale se produit ; la fièvre s'abaisse à 38° ; les articulations se libèrent, le purpura s'atténue, les ulcérations buccales se détergent.

Il semble que la guérison est prochaine quand subitement le 24 septembre la température monte à 40° ; la malade est en proie à une dyspnée intense ; l'auscultation révèle un souffle à la base du poumon droit ; mort dans le cours de la nuit suivante.

On ne trouve pas mention de l'examen des urines.

Le protocole de l'autopsie relate une congestion généralisée des poumons, des adhérences pleurales à droite et une splénisation marquée de la base pulmonaire du même côté.

Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence granuleuse et granulo-graisseuse aiguë.

L'examen de l'exsudat buccal révèle la présence d'un bacille spécial fuselé que les auteurs identifient à celui de Bernheim, c'est-à-dire de Vincent.

Le sang de la veine contient des cocci et des diplocoques considérés comme des fragments de chaînes streptococciques.

X

CONCLUSIONS

1° Les stomatites fuso-spirillaires sont susceptibles de se compliquer de manifestations cutanées ;

2° Cliniquement ces complications cutanées revêtent un aspect polymorphe et c'est avant tout leur association avec une stomatite à fuso-spirilles qui en permet le diagnostic ;

3° Leur pronostic est en général bénin, seules les formes purpuriques sont graves ;

4° Le traitement de ces complications cutanées doit être mixte : local et général il comporte à sa base l'emploi des arsénobenzols ;

5° Leur pathogénie n'est pas univoque : dans un certain nombre de cas, on peut incriminer un microbe de sortie, le streptocoque ; dans d'autres, l'infection fuso-spirillaire elle-même.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

XI

BIBLIOGRAPHIE

- Bergeron.* — Stomatites in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. 12, 3^e série, p. 167.
- Dopter.* — Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes de Vincent (Presse médicale, 10 août 1897).
- Eisen.* — Coïncidence de la stomatite et de l'angine ulcéro-membraneuse avec un exanthème scarlatiniforme (Centralblatt f. inn. Medz., 20 juin 1908, in Presse médicale, 8 août 1908).
- Freyche.* — Etude clinique et bactériologique sur l'angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes et spirilles de Vincent. Thèse, 1899, Toulouse.
- Garnier et Reilly.* — Bulletins de la Société de Biologie, 1917.
- Grysez et Pierrel.* — Réunion médicale de la 3^e armée, juillet 1917 in Presse médicale, 6 août 1917.
- Hutinel et Nobécourt.* — Les stomatites in V. Hutinel, Traité des maladies des enfants.
- Landriau.* — Purpura infectieux avec glossite aiguë (Archives de Médecine et de Pharmacie militaire, avril 1900).
- Lemoine.* — Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et à spirilles (Société médicale des Hôpitaux,

18 mars 1898 ; Presse médicale, 19 mars 1898, n° 23, p. 117).

Lesueur. — Thèse de Paris, 1899.

Molènes (Mahon de). — Thèse de Paris, 1884.

Niclot et Marotte. — L'angine et stomatite à bacilles fusiformes de Vincent (Revue de Médecine, 10 avril 1901).

Nicolle. — Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et à spirilles (Archives provinciales de médecine, avril 1899).

Pagliano et François. — Purpura infectieux au cours d'une stomatite ulcéro-membraneuse (Presse médicale, 26 avril 1899).

Ramond. — Progrès médical, 15 octobre 1927.

Rendu et Robert. — Réunion médicale de la 3^e armée, octobre 1917 in Presse médicale, 1917, n° 64.

Simonin. — Les complications de l'angine de Vincent. Leur pathogénie (Société médicale des hôpitaux, déc. 1901).

Tixier et Tobé. — Les stomatites fuso-spirillaires des soldats du front et leurs complications cutanées (érythèmes divers) ganglionnaires et viscérales (Le Progrès médical, 20 juillet 1918).

